

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1927-1928 — N° 75

HERNIES ÉPIGASTRIQUES ET LÉSIONS DE L'ESTOMAC

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le Vendredi 30 Mars 1928

PAR

Lucien-Henri-Gabriel CHAUSSEPIED

Né à MANSLE (Charente), le 4 Août 1900.

Examineurs de la Thèse

{	MM. BÉGOUIN, professeur.....	Président.
	CHAVANNAZ, professeur.....	Juges.
	PÉRY, agrégé.....	
	PAPIN, agrégé.....	

BORDEAUX
IMPRIMERIE VICTOR CAMBETTE
91, Cours de la Marne, 91

—
1928



Digitized by the Internet Archive
in 2026

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1927 - 1928 — N° 75

HERNIES ÉPIGASTRIQUES ET LÉSIONS DE L'ESTOMAC

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le Vendredi 30 Mars 1928

PAR

Lucien-Henri-Gabriel CHAUSSEPIED

Né à MANSLE (Charente), le 4 Août 1900.

Examineurs de la Thèse	{	MM. BÉGOUIN, professeur.....	Président.
		CHAVANNAZ, professeur.....	Juges.
		PÉRY, agrégé.....	
		PAPIN, agrégé.....	

BORDEAUX
IMPRIMERIE VICTOR CAMBETTE
91, Cours de la Marne, 91

1928

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

M. SIGALAS..... Doyen.

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. LANELONGUE, BADAL, PITRES, POUSSON, MOURE, PRINCETEAU.
LAGRANGE, W. DUBREUILH, RIVIÈRE.

PROFESSEURS :

MM.			MM.
Clinique médicale.....	VERGER.	Zoologie et parasitologie.....	MANDOUL.
	CASSAËT.	Médecine expérimentale.....	MAURIAC.
Clinique chirurgicale ..	CHAVANNAZ.	Clinique ophtalmologique.....	TEULIÈRES.
	BÉGOUIN.	Clinique chirurgicale infantile et orthopédie...	ROCHER.
Pathologie et thérapeutique générales.....	CARLES.	Clinique gynécologique.....	GUYOT.
Clinique d'accouchements.....	N.	Clinique médicale des maladies des enfants...	CRUCHET.
Anatomie pathologique et microscopie clinique..	SABRAZÈS.	Chimie biologique et médicale ..	DENIGÈS.
Anatomie.....	VILLEMEN.	Physique médicale et pharmaceutique.....	SIGALAS.
Anatomie générale et histologie..	G. DUBREUIL.	Médec. coloniale et clinique des malad. exotiques	LE DANTEC.
Physiologie.....	PACHON.	Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	PETGES.
Hygiène.....	AUCHÉ.	Clinique des maladies des voies urinaires ..	DUVERGEY.
Médecine légale et déontologie..	LANDE.	Clinique des maladies nerveuses et mentales...	ABADIE.
Electroradiologie et clin. d'électricité médicale..	RÉCHOU.	Clinique d'oto-rhino-laryngologie.	PORTMANN.
Chimie.....	CHELLE.	Toxicologie et hygiène appliquée	BARTHE.
Botanique et matière médicale ..	BEILLE.	Hydrologie thérapeutique et climatologie.....	SELLIER.
Pharmacie	DUPOUY.		

MM. LABAT (Pharmacie). — DELAUNAY (Physiologie).

MICHELEAU, LEURET, DUPÉRIÉ (Médecine générale).



AGRÉGÉS EN EXERCICE :

MM.			MM.
Anatomie.....	DUBECQ.	Maladies mentales.....	PERRENS.
Histologie	LACOSTE.		PAPIN.
Anatomie pathologique.....	MURATET.	Chirurgie générale	JEANNENEY.
Parasitologie et sciences naturelles.....	R. SIGALAS.		CHARRIER.
Histoire naturelle pharmaceutique	FOURMENT.		LOUBAT.
	CREYX.	Obstétrique.....	PÉRY.
Médecine générale.....	BONNIN.		FAUGÈRE.
	AUBERTIN.	Pharmacie	GOLSE.
	DAMADE.		

COURS COMPLEMENTAIRES

MM.			MM.
Clinique dentaire.....	CAVALIÉ.	Démonstrations et Préparations pharmaceutiques	LABAT.
Médecine opératoire.....	PAPIN.	Pharmacie chimique.....	GOLSE.
Ophtalmologie	CABANNES.	Chimie minérale	GOLSE.
Puériculture	ANDÉRODIAS		
Orthopédie chez l'adulte, pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes	N.		
Cours complémentaire annexe. — Prothèse et rééducation professionnelle.....	GOURDON.		

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON GRAND-PÈRE MATERNEL
LE DOCTEUR SAUZÉ

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

*Faible témoignage d'affection et
de reconnaissance.*

A LA MÉMOIRE DE MON FRÈRE JEAN

A MES FRÈRES LOUIS ET CHARLES

A MON ONCLE ET A MA TANTE

MEIS ET AMICIS

A MES MAÎTRES
DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DES HOPITAUX
DE BORDEAUX

A MON JURY DE THÈSE

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE
MONSIEUR LE DOCTEUR P. BÉGOUIN

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE
A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX
MEMBRE CORRESPONDANT DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE PARIS
OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR
OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

*Vous me faites l'honneur d'accepter
la présidence de ma thèse, veuillez trouver,
ici, mon cher Maître, l'expression de ma
respectueuse reconnaissance.*

HERNIES ÉPIGASTRIQUES ET LÉSIONS DE L'ESTOMAC

INTRODUCTION

La hernie épigastrique ou de la ligne blanche sus-ombilicale est une affection assez rare ; Berger, dans sa statistique, sur 10.000 cas de hernies, n'en compte que 137. On en trouve la première mention dans les travaux d'Arnauld, de Villeneuve (1285), médecin du roi d'Aragon, qui eut l'occasion d'examiner une femme de la reine atteinte de troubles digestifs intenses sous la dépendance, pensait-il, d'une hernie épigastrique longtemps méconnue.

Déjà, à cette époque, Arnauld avait été frappé par l'intensité des troubles qui accompagnent ces hernies. Ces symptômes, aussi variés que nombreux, sont en effet impressionnants si on considère le petit volume ordinaire de la hernie.

Deux symptômes principaux se retrouvent dans la plupart des cas : la douleur et les vomissements.

Les douleurs vont de la simple pesanteur à l'épigastre aux crampes violentes ; elles s'irradient souvent soit aux lombes, soit vers l'abdomen ou vers le thorax. Elles apparaissent d'ordinaire après le repas, mais peuvent être continues ou, au contraire, calmées par l'ingestion d'aliments. Le repos au lit les calme souvent.

Les vomissements sont bilieux ou alimentaires ; ce sont quelquefois des hématémèses plus ou moins abondantes.

Il peut y avoir du mœlena ou de simples hémorragies microscopiques.

Le chimisme stomacal montre tantôt une augmentation, tantôt une diminution de l'acide chlorhydrique avec ou sans acide lactique.

Le retentissement sur l'état général est plus ou moins marqué, pouvant aller jusqu'à la cachexie.

Ce tableau symptomatique, rapidement esquissé, ressemble à s'y méprendre à celui d'une affection organique de l'estomac, ulcère ou cancer et pourtant, pendant longtemps, on a attribué à l'existence de la hernie, seule, tous ces méfaits, alors qu'il eut semblé plus logique de les mettre sur le compte de lésions stomacales sous-jacentes.

Il est difficile d'établir exactement la fréquence relative des hernies épigastriques douloureuses parce qu'on ne voit guère que fortuitement celles qui ne le sont pas. Bohland trouve 67 % de hernies douloureuses, mais il faut accepter cette proportion sous cette réserve.

Nous verrons, dans un premier chapitre, les théories pendant longtemps classiques, qui attribuent à l'existence de la hernie seule l'ensemble des troubles enregistrés.

Dans certains cas, qu'on reconnaît nombreux aujourd'hui, on attribue, comme il était logique de le faire, les symptômes gastro-intestinaux observés à une lésion stomacale sous-jacente à la hernie ; ce sera l'objet de notre deuxième chapitre.

En troisième lieu nous tirerons les enseignements importants qui s'en dégagent tant au point de vue théorique que pratique.

Pour illustrer notre sujet, nous avons recueilli dans la littérature médicale un certain nombre d'observations auxquelles nous y ajouterons deux inédites dues à l'obligeance de M. le Professeur agrégé PAPIN.

Avant de commencer ce travail, nous tenons à lui exprimer toute notre reconnaissance d'avoir bien voulu nous fournir le sujet de cette thèse et de nous avoir aidé de ses précieux conseils.

CHAPITRE PREMIER

Les auteurs qui ont abordé l'étude des hernies épigastriques ont tous été frappés par l'intensité paradoxale des troubles fonctionnels qui les accompagnent d'ordinaire ; ces symptômes sont, en effet, souvent très marqués. Ils consistent en douleurs avec irradiations dorsales, lombaires, xyphoïdiennes souvent incessantes ; les troubles digestifs ne sont pas moins marqués. Agostinelli cite le cas d'un malade qui avait jusqu'à dix-sept vomissements par jour.

Ces troubles énormes sont loin d'être en rapport avec la lésion qui paraît minime, consistant le plus souvent en un simple lipôme ; ils sont bien loin d'être à comparer à ceux provoqués par les autres hernies, qui ont pourtant des signes physiques plus nets.

De plus, on a remarqué depuis longtemps que les hernies épigastriques les plus petites sont généralement les plus douloureuses.

Garengot, le premier, en 1743, dans son « Mémoire » à l'Académie Royale de Chirurgie, nota l'intensité des troubles digestifs peu en rapport avec le petit volume de la hernie et les attribua à la présence de l'estomac dans la hernie, d'où le nom de « Gastrocèle » qu'il lui donna.

Depuis cette première théorie pathogénique, bien des auteurs, non satisfaits des explications données par leurs devanciers, ont tenté de résoudre le problème et, cependant, aucune théorie n'est actuellement admise par tous.

Pipelet le jeune, un an plus tard, en 1744, dans une discussion à l'Académie Royale de Chirurgie, se rallie à l'opinion de Garengot en ce qui concerne la coexistence

des troubles fonctionnels intenses avec les petites hernies épigastriques, mais il émet déjà un doute sur la présence de l'estomac dans la hernie.

Gunz (de Leipzig) et Bertrandi prétendent, par contre, que les troubles digestifs ne peuvent être expliqués par l'existence de la hernie seule.

Jusqu'alors le seul traitement employé était le bandage, ce qui explique que les chirurgiens de cette époque ne pouvaient discuter sur des faits d'expérience.

Dpuis l'ère opératoire, les chirurgiens ont pu se rendre compte que la présence de l'estomac dans le sac herniaire est une véritable exception et les très rares cas qu'on trouve dans la littérature médicale ne concernent pas de vraies hernies épigastriques mais bien plutôt des éviscérations traumatiques ou des malformations congénitales de la ligne blanche sus-ombilicale. Comment concevoir, en effet, que l'estomac puisse faire issue dans le sac herniaire si on considère l'exiguïté de ce dernier quand il existe.

Gussenbauer (1884) prétend que les douleurs gastralgiques dans les hernies épigastriques sont des *phénomènes réflexes* ; des filets nerveux, branches terminales des cinq derniers nerfs intercostaux et des vaisseaux passent normalement à travers les éraillures de la ligne blanche qui forment l'orifice de sortie de la hernie ; c'est la compression de ce paquet vasculo-nerveux qui, par voie réflexe, occasionnerait les troubles fonctionnels enregistrés.

Richter (1888), dans son « Traité des Hernies », ne rattache pas ces troubles fonctionnels à la compression des filets nerveux mais à leur tiraillement ; après les repas, moment où apparaissent de préférence les douleurs, l'estomac est distendu, et cette distension amènerait le tiraillement des filets nerveux de la boule graisseuse logée dans le sac herniaire.

Chailloux (1894) et, après lui, Lemierre (1905), reprennent et complètent l'hypothèse de Gussenbauer par la notion des anastomoses des branches terminales des cinq

derniers nerfs intercostaux avec le pneumogastrique, le phrénique et le grand sympathique ; leur irritation retentit sur le plexus solaire et diaphragmatique. Suivant la nature des filets nerveux comprimés, la durée et l'intensité de l'excitation, celle-ci donne naissance à des réflexes variés, moteurs, vaso-moteurs, sensitifs ou sécrétoires ; de là le polymorphisme des symptômes : douleurs, vomissements, coliques, troubles sécrétoires. Cette théorie est vraiment ingénieuse et séduisante.

Le Page (1888) explique les troubles douloureux des hernies épigastriques par l'existence d'*adhérences de l'épiploon*, d'une part à l'intérieur du sac, d'autre part à l'estomac. Au moment de la digestion, les mouvements péristaltiques de l'estomac seraient gênés par ces adhérences, d'où symptômes gastriques et douleurs. Lebœuf (1897) cite plusieurs cas dans lesquels la libération des adhérences fit disparaître les troubles fonctionnels.

Tripier et Paviot (1903) ayant noté, sur dix-huit autopsies de sujets porteurs de hernies épigastriques, l'existence, chez seize d'entre eux, de *péritonite* localisée au niveau de la hernie et de la face inférieure du foie, rattachent à cette lésion la cause des troubles fonctionnels, et qui plus est, de la hernie épigastrique elle-même.

Villard et Deumié (1913) pensent que, dans certains cas, la hernie est formée par le passage, au travers d'une éraillure de la ligne blanche, d'une partie plus ou moins grande du *ligament rond du foie*, vestige de la veine ombilicale du fœtus réduite à un simple cordon fibreux. Barthélemy (1920) confirme cette disposition, constante sur les treize sujets qu'il a examinés. Pour ces auteurs, les troubles seraient dûs au tiraillement que le ligament rond exerce sur le foie. La résection de l'adhérence du ligament rond laissant le foie revenir à sa place amenèrent, dans les treize cas de Barthélemy, la guérison définitive.

Thiriar (1913), enfin, regarde les *symptômes hypochondriques* et neurasthéniques fréquemment observés dans

la hernie épigastrique, non comme une conséquence des douleurs et des troubles gastro-intestinaux, mais ils dénotent chez les sujets qui en sont atteints un tempérament nerveux au plus haut degré, sur lequel viennent se greffer tous les symptômes sans fondement anatomique ; ce serait, si l'on peut dire, des troubles hystériques.

Dans les théories pathogéniques qui précèdent, on peut remarquer un point commun, celui de rattacher à la hernie épigastrique seule les phénomènes douloureux et gastro-intestinaux observés.

Nous ne voulons pas nier que les cas observés par ces auteurs et sur lesquels ils se fondent pour édifier leurs théories ne rentrent pas dans le cadre de ces dernières, mais ces hypothèses ingénieuses sont-elles seules admissibles ? S'il en était ainsi, la cure radicale de la hernie amènerait la régression complète et définitive de tous les symptômes gastro-intestinaux dans tous les cas, sauf ceux de récurrence de la hernie.

Nous savons qu'il n'en est pas toujours ainsi, et les observations qui notent la persistance de ces troubles après la cure radicale sont déjà nombreuses ; aussi a-t-on été amené à formuler une nouvelle hypothèse : la coexistence de lésions anatomiques de l'estomac pouvant expliquer ces troubles.

CHAPITRE II

La conception d'une maladie viscérale surajoutée à la hernie et déterminant des troubles qu'on imputait par erreur à celle-ci ne s'est pas formée brusquement. Des observations de hernies épigastriques associées à un ulcère ou à un cancer de l'estomac ont d'abord été publiées, sans idée préconçue, semble-t-il, et seulement comme des cas curieux et trompeurs. Puis la fréquence des faits de ce genre a été remarquée, et c'est alors qu'on a songé à s'en servir pour expliquer, sinon dans tous les cas, du moins souvent, les douleurs de la hernie épigastrique.

Déjà Witzel (1890) avait noté que cette hernie se rencontre quelquefois chez des malades atteints de lésions gastriques.

Témoin, de Bourges (1902), publie l'observation intéressante d'un malade qui meurt d'un cancer de l'estomac peu de temps après l'opération de la hernie.

Berger (1899) pense que cette coexistence est due au fait que les lésions organiques de l'estomac amenant, dans bien des cas, l'amaigrissement des sujets qui en sont atteints, favorisent la production de la hernie et en sont une cause prédisposante.

Capelle (1909), recherchant les malades opérés de hernie épigastrique à la clinique de Breslau, en retrouve vingt-sept, parmi lesquels dix-huit souffraient encore ; chez onze d'entre-eux les douleurs étaient causées par une récédive de la hernie ou une mauvaise cicatrice ; des sept autres, deux avaient un cancer qui finalement les emporta et cinq présentaient tous les signes de l'ulcère gastrique.

Kelling prétend que l'ulcère de l'estomac est dû à une irritation du plexus solaire, surtout chez les neurasthéniques et anémiques. Chez ces sujets, dont le système nerveux est plus sensible, l'excitation réflexe du plexus solaire par la compression des filets nerveux contenus dans le sac herniaire provoque une anémie et une atonie qui favorisent la formation de l'ulcère ou en empêchent la guérison.

Evely suppose que les tiraillements des terminaisons nerveuses provoquent une irritation, point de départ d'un réflexe sécrétoire, par l'intermédiaire du plexus solaire ; la hernie agirait donc sur l'estomac en exagérant la sécrétion gastrique.

Koritshoner, dans un cas de hernie avec ptose considérable et ulcère de l'estomac, pense que cette dernière affection était due à la ptose qui produisait un tiraillement sur les vaisseaux de l'estomac, amenant l'anémie d'abord et ensuite l'ulcération.

Récemment (1921) Mandl, de Berlin, reprenant la question, non sur des cas isolés mais sur un ensemble de quarante cas de hernies épigastriques opérées, trouve quinze ulcères d'estomac ou du duodénum coexistants. Cela correspond à une proportion de 35 %, considérable par rapport à celles données par les précédents auteurs. Il fut le premier et le seul, à notre connaissance, à pratiquer systématiquement, dans les hernies épigastriques, la radiographie et l'examen du suc gastrique.

Dans un seul cas le suc donna la réaction hyperacide, dans les autres il était normal ou hypoacide. Il n'y a donc pas à se baser sur cette recherche de laboratoire pour faire le diagnostic ; nous savons, en effet, que l'hyperacidité n'est pas constante dans l'ulcère, en particulier quand il est en voie de dégénérescence maligne la réaction est hypoacide.

L'examen aux rayons X lui confirma le diagnostic dans la plupart des cas, mais il met en garde contre une cause d'erreur qui, à deux reprises, lui fit croire à l'existence d'un ulcère. L'image radiographique montrait la présence

d'une niche, sur laquelle il se basa pour pratiquer la laparotomie. Après ouverture de la paroi, l'examen de l'estomac ne montrait pas de lésion de cet organe, mais il trouva le ligament gastro-colique dont une extrémité était adhérente au sac herniaire et tirait de ce fait la paroi de l'estomac sur un point limité, donnant ainsi l'impression d'une niche de Handeck.

Pour Mandl, cette traction d'une portion de l'estomac peut être une cause favorisante de l'ulcère.

Comme autre cause prédisposante, il note le pincement à l'intérieur du sac d'une pointe d'épiploon. Cet organe, irrigué par les anastomoses des artères venues de l'estomac, la vascularisation, du fait de son pincement sur une portion limitée, arrête ou du moins ralentit le cours du sang, ce qui amène une anémie et, par la suite, des lésions nerveuses favorables à la formation de l'ulcère. D'autre part, cette théorie peut expliquer la fréquence beaucoup plus grande de l'ulcère au pylore qu'en toute autre région. Cette portion de l'estomac est, en effet, beaucoup moins largement irriguée que les autres, les anastomoses y sont moins nombreuses, moins larges et plus irrégulières, la circulation de suppléance n'y suffit pas. De plus, la compression des filets nerveux contenus dans le sac herniaire, comme le dit Kelling, pourrait agir dans le même sens en amenant une anémie réflexe.

Cette théorie ingénieuse est basée sur des expériences de ligature de l'épiploon qu'Eiselberg communiqua au Congrès de Chirurgie de Berlin de 1899 et sur les travaux d'Hoffmann et Natter sur la vascularisation de l'estomac et de l'épiploon.

L'anémie ainsi produite et les lésions nerveuses qui s'ensuivent n'agissent pas immédiatement, ce qui explique encore que des malades opérés de leur hernie aient été guéris radicalement par la seule cure de cette lésion, alors que d'autres, dont on avait exploré l'estomac sans y rien découvrir d'anormal, aient été repris des troubles qu'ils

ressentaient avant l'opération ; dans ce dernier cas, les lésions de l'estomac, quoiqu' minimes au point de passer inaperçues, étaient cependant trop avancées pour que la suppression de la cause en ait amené la régression.

En somme, actuellement, beaucoup de chirurgiens sont d'accord sur la fréquence de la coexistence de lésions anatomiques de l'estomac avec les hernies épigastriques douloureuses.

La grande majorité des chirurgiens ne virent au début, entre ces deux affections, qu'une simple coïncidence, sans songer à attribuer les symptômes gastro-intestinaux observés à une lésion sous-jacente. C'est le travail important de Capelle qui mit la question au point ; dès lors, on se mit à considérer ces troubles sous la dépendance, dans beaucoup de cas, d'un cancer, ou plus souvent d'un ulcère gastrique.

Mandl, se basant sur les travaux de Kelling et Korits-honer, nous soumet des hypothèses intéressantes et susceptibles d'expliquer la pathogénie de l'ulcère dans certains cas de hernies épigastriques.

Les observations que nous avons recueillies dans la littérature médicale et surtout celles que M. le Professeur agrégé Papin a bien voulu nous communiquer, prouvent l'intérêt que ces notions récentes présentent pour le chirurgien.

CHAPITRE III

Quel enseignement tirer de ces diverses explications ?

Tout d'abord il faut admettre que la pathogénie de ces troubles est complexe et que chacune des théories proposées doit contenir une part de vérité.

La théorie de Garengeot, le « Gastrocèle », abandonné depuis longtemps, n'a plus qu'un intérêt historique.

Quant à celles qui ramènent tous les troubles à la hernie, elles ne sont pas à rejeter ; ce ne sont pas de simples vues de l'esprit, leurs auteurs en ont apporté des observations qui les illustrent nettement.

Mais, à côté de ces théories, il nous paraît légitime de donner une place beaucoup plus large aux altérations anatomiques de l'estomac ; c'est ce qui ressort des travaux récents sur ce sujet.

En ce qui concerne les rapports de cause à effet entre l'ulcère stomacal et la hernie, nous sommes assez séduit par la théorie de Mandl, basée sur des expériences physiologiques sérieuses et qui explique bien des points particuliers que nous avons noté en passant.

Si la notion des lésions de l'estomac au cours des hernies épigastriques est intéressante au point de vue théorique car elle donne une explication rationnelle des troubles fonctionnels observés, elle acquiert au point de vue pratique une importance bien plus grande par les conclusions de thérapeutique chirurgicale qui en découlent.

Pour les classiques, les troubles digestifs même importants ne doivent pas faire croire à une lésion gastrique,

l'attention doit être attirée vers la hernie seule. La conséquence de cette notion, au point de vue thérapeutique, a été souvent désastreuse pour les patients ; la cure radicale de la hernie, seule opération qu'ils jugent opportune en ce cas, bien souvent n'a pas soulagé les malades, et une seconde intervention, quelquefois trop tardive, a été nécessaire.

Le chirurgien qui connaît la fréquence des lésions de l'estomac dans les hernies épigastriques a, par contre, beaucoup moins de déceptions ; sa ligne de conduite est toute différente.

Au lieu d'une simple cure radicale, il fait en même temps une laparotomie sus-ombilicale, qui permet d'examiner l'estomac et au besoin les organes adjacents et de les traiter s'il y a lieu. Si l'estomac est indemne de toute lésion ulcéreuse ou néoplasique, la laparotomie, qui dans ce cas n'était pas indispensable, aura cependant été utile, et n'aura comporté, en tous cas, aucun danger pour le malade, ne prolongeant l'opération que de quelques minutes ; elle aura de plus permis au chirurgien de porter un diagnostic plus exact et un pronostic plus sûr. Si, au contraire, il découvre une lésion, quelle satisfaction pour l'opérateur et quel service rendu au malade.

En conséquence, dans les hernies épigastriques avec syndrome douloureux prédominant, sans troubles digestifs, sur un terrain névropathique, la cure radicale suffira à amener la guérison ; il faudra pourtant, avant d'abandonner la laparotomie, pratiquer la radiographie, l'examen du chimisme gastrique, la recherche du sang dans les selles ; si un doute plane, ne pas hésiter à faire une laparotomie.

Dans les autres cas, où les symptômes gastro-intestinaux et les méthodes de laboratoire font soupçonner une lésion stomacale, l'indication de la laparotomie est formelle ; il ne faut pas attendre les signes du cancer ou de l'ulcère, l'observation I en est une preuve.

Dans tous les cas l'opération aura d'autant plus de chances de succès qu'elle aura été pratiquée plus tôt, sans attendre, sous prétexte que la hernie épigastrique est une affection bénigne en soi, que les symptômes deviennent plus nets et s'aggravent ; le diagnostic et l'opération précoces seront une garantie pour le patient.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I (Inédite.)

(Due à l'obligeance de M. le Professeur agrégé Papin.)

Une femme âgée de 49 ans, et de très volumineux embonpoint, vint consulter pour des « coliques » fort douloureuses qu'elle éprouvait depuis deux ans, légères d'abord, puis de plus en plus accentuées, au niveau de la région épigastrique et de l'ombilic. Aucun autre symptôme, point de vomissement. On trouvait à l'examen, sans point douloureux électif, une hernie sus-ombilicale peu volumineuse et survenue à peu près depuis la même époque. Tout naturellement on rapporte les coliques à la hernie sus-ombilicale, dont je fis la cure chirurgicale dans les premiers jours de janvier (contenu épiploïque). Guérison *per primam*.

Fin février, la malade revient se plaignant toujours de douleurs. La première idée est de songer à des adhérences post-opératoires, mais la malade précise de façon formelle que les douleurs qu'elle éprouve sont absolument les mêmes qu'autrefois ; elles ont le même type de crises douloureuses survenant parfois un quart d'heure, plus souvent quelques heures après les repas, avec le même caractère de coliques. Elles n'ont été en aucune façon modifiées par la cure de la hernie. Il paraît donc évident que cette femme doit avoir une lésion viscérale, la hernie sus-ombilicale qu'elle présentait n'ayant été qu'une coïncidence. Et comme l'examen physique de l'abdomen est négatif, on procède à plusieurs radioscopies.

La radioscopie n'indique absolument rien de pathologique au niveau de l'estomac ni du duodénum ; évacuation normale, contours souples, aucune déformation. Mais elle montre une disposition tout à fait anormale du côlon transverse : à partir

de l'angle hépatique, le côlon descend comme normalement, puis il se relève brusquement et vient se fixer au voisinage de la grande courbure de l'estomac ; de là il redescend très bas, reprenant sa courbe habituelle pour remonter vers l'angle splénique ; la sorte de guirlande qu'il forme normalement est donc interrompue à sa partie moyenne par une brusque angulation en V renversé dont le sommet est très haut fixé, au voisinage environ de la grande courbure de l'estomac.

Ces constatations se répètent à plusieurs examens successifs faits en position debout et sont même fixées sur deux clichés radiographiques. On est donc amené à envisager l'hypothèse d'une lésion du côlon transverse, ou du mésocôlon, qui expliquât à la fois cette disposition curieuse et les coliques dont se plaint le malade depuis deux ans bientôt.

J'interviens donc de nouveau dans les premiers jours d'avril ; et à la laparotomie je constate tout de suite qu'il persiste, à la face profonde de la cicatrice opératoire épigastrique, une adhérence qui fixe ainsi en position haute la portion moyenne du côlon transverse. Le côlon libéré ne présente, par contre, sur toute sa longueur, aucune espèce de lésion, et son méso est normal ; en le relevant on aperçoit le duodénum tout à fait sain. Il est évident que la disposition anormale vue aux rayons X est le fait de l'adhérence post-opératoire ; mais les douleurs restent inexplicables. Je prolonge alors l'incision en haut vers l'appendice xyphoïde, et, sur l'estomac haut situé, je trouve sur la petite courbure une tumeur calleuse des dimensions d'une pièce de cinq francs. Je pratique alors une pylorogastrectomie, et je rétablis la continuité gastro-intestinale par le procédé de Polya sur la partie inférieure de la tranche gastrique. La pièce opératoire montre, une fois l'estomac ouvert, un ulcère typique de la petite courbure dont les bords durs et calleux sont froncés autour d'un cratère qui a à peu près les dimensions d'une pièce de un franc. L'examen histologique n'a montré aucune transformation néoplasique.

Guérison *per primam* sans aucun incident. La malade n'a plus de coliques et n'a plus éprouvé aucune des sensations douloureuses dont elle se plaignait avant.

Suites éloignées : en octobre 1927 la malade va bien, ne

souffre plus de l'estomac, mais présente une petite éventration pour laquelle, habitant Paris, elle est allée consulter à Lari-boisière ; on en a profité pour radioscooper son estomac qui fonctionne très bien.

OBSERVATION II (Inédite.)

(Due à l'obligeance de M. le Professeur agrégé Papin.)

Louis B..., 52 ans, vient consulter pour des troubles d'estomac dont il souffre depuis dix-huit mois.

Six mois après le début des troubles, consistant en douleurs après les repas pendant plusieurs heures et en inappétence, il a consulté déjà un médecin et un chirurgien. On a constaté alors une *hernie épigastrique* sur le compte de laquelle on mit les troubles gastriques. Il fut donc opéré de sa hernie épigastrique il y a actuellement un an, et guérit *per primam*.

Mais, depuis lors, les douleurs d'estomac sont restées les mêmes ; actuellement, il souffre plusieurs heures après ses repas et vomit ; l'inappétence a augmenté et le malade a considérablement maigri. Enfin, en examinant son abdomen, on y constate, outre la cicatrice opératoire de la hernie épigastrique, une tumeur ayant presque le volume du poing, située sur la ligne médiane, un peu au-dessus de l'ombilic ; elle est dure, un peu bosselée, semble encore mobile.

Ces divers symptômes font porter le diagnostic de *néoplasme de l'estomac*, occupant probablement la région pylorique. Une radiographie, montrant une importante image lacunaire, confirme le diagnostic.

Opération (août 1925). — La laparotomie montre un volumineux cancer de l'estomac, qui paraît d'abord inopérable. Cependant, après pénétration dans l'arrière-cavité des épiploons, on constate qu'il est facilement libérable en arrière. D'autre part, ni sur le foie ni sur le péritoine, on ne voit de métastase. On décide donc l'exérèse. Pyloro-gastrectomie faite de droite à gauche et remontant haut sur la petite courbure ; anastomose gastro-jéjunale suivant le procédé de Billroth.

Suites opératoires régulières, sans incident notable. Le malade revient chez lui quatre semaines après l'opération.

L'examen histologique, fait au laboratoire de M. le Professeur Sabrazès, a montré qu'il s'agissait bien d'un *épithélioma*.

Suites éloignées. — Ce malade a été suivi régulièrement et revu tous les six ou huit mois. Il a engraisé et n'a pas cessé d'être en parfaite santé. En février 1928, soit deux ans et demi après l'opération, il est en très bon état et sans trace de récédive.

OBSERVATION III

(Témoin, de Bourges. — *Arch. provinciales de chirurgie*, 1902.)

*Hernie épigastrique
coexistant avec un cancer de l'estomac.*

François P..., 54 ans, demeurant à Bourges. Cet homme raconte que depuis quatre ans il vomit constamment. Pendant deux ans et demi, il s'est fort bien porté. Puis, à l'occasion d'une fatigue, il a été repris, et depuis un an il ne cesse de vomir.

Cependant, quand il garde le lit — l'état de faiblesse dans lequel il est tombé l'y oblige — il digère mieux.

La cachexie est profonde et il ressemble à un cancéreux. L'examen révèle un point très douloureux, et, comme il est très maigre, on sent une légère nodosité à trois centimètres au-dessus de l'ombilic. Je l'opère en 1897. Je trouve une hernie très nette. La guérison est rapide et il reprend son travail.

Un an après, il revient me trouver : cette fois il s'agissait d'un cancer de l'estomac, dont il est mort seize mois après l'opération de la hernie.

OBSERVATION IV

(Thèse de Le Page.)

M. C..., 35 ans, souffre de crises gastriques continuelles depuis cinq ans et demi. Les vomissements sont bilieux, ali-

mentaires, et d'une abondance extrême. Fréquentes éructations gazeuses. Depuis cinq ans, le malade a tout essayé comme traitement. Le médecin du malade diagnostique une hernie épigastrique et conseille l'intervention, qui est pratiquée par Borally. On trouve une hernie épiploïque très adhérente. Résection de six centimètres d'épiploon et de sac herniaire.

Pendant quelques jours tout va bien. Mais, quinze jours après l'opération, les troubles reparaissent, sous forme de vomissements alimentaires et de crises douloureuses, et continuent comme par le passé. Ce malade a été revu par MM. les professeurs Potain et Peter « qui n'ont pu établir positivement le diagnostic ». Le malade est mort au milieu des plus vives souffrances.

L'autopsie n'a pas été faite, mais il est probable que si elle eut été pratiquée on aurait trouvé quelque lésion organique sous-jacente pour expliquer les troubles présentés par ce malade, qu'une simple cure radicale n'avait pas amélioré.

OBSERVATION V

(Capelle. — *Beitr. zur Klin. Chirurg.*, 1909.)

H..., 43 ans. Depuis trois semaines, le malade se plaint de douleurs épigastriques, sous forme de crampes, surtout fortes le soir, et sans rapport avec l'ingestion des aliments. Sur la ligne blanche on note une hernie épigastrique, facilement réductible.

Les douleurs épigastriques sont si accusées qu'on pense à l'hystérie.

Opération. — Lipôme herniaire pré-péritonéal ; on fait une laparotomie exploratrice à cause des douleurs abdominales. Pas d'adhérences sur la région pylorique. Sur la paroi postérieure de la petite courbure, on trouve trois points d'infiltration gros comme une pièce de 3 marks, avec des adhérences au pancréas. La pylorectomie est impossible, et on se contente de faire une gastro-entéro-anastomose.

Fermeture de la paroi. Mort quatre mois après. L'autopsie confirme l'existence d'un cancer de l'estomac.

OBSERVATION VI

(Leriche. — *Lyon Médical*, 1911.)

Hernie épigastrique; troubles digestifs; cure radicale en mai 1910; persistance des troubles; gastrectomie totale pour cancer diffus de l'estomac en août 1910.

Un homme de 63 ans entrain, le 20 août 1910, dans le service de M. Poncet, vomissant constamment et portant une tumeur à siège épigastrique, racontait-il. Il présentait depuis quelques années une hernie épigastrique, et peu à peu elle s'était accompagnée de phénomènes douloureux et de troubles digestifs.

En mai dernier, ses malaises augmentant, il se met entre les mains d'un médecin d'une ville voisine qui, très classiquement, rapportant les troubles gastriques à la hernie, lui proposa une intervention qui devait tout guérir.

L'opération fut faite très correctement ; la hernie disparut, fut remplacée par une cicatrice solide, mais les phénomènes digestifs persistèrent et même allèrent en s'accroissant, c'est pour cela qu'il fut adressé à l'Hôtel-Dieu.

Le diagnostic de cancer était évident et, le 22 août, avec mon ami Cotte, nous fîmes une laparotomie sur la cicatrice très solide de l'intervention pratiquée en mai. La paroi était parfaitement reconstituée, et il n'y avait nulle adhérence péritonéale. Mais, le ventre ouvert, nous découvrîmes un cancer diffus de l'estomac ; l'organe était parfaitement mobile et ne paraissait tenir que dans la zone cardiaque. Il me parut possible de l'enlever. Je commençai par libérer le pylore puis, après l'avoir sectionné, je fermai le duodénum et, libre désormais de ce côté, j'allai de proche en proche vers le cardia. Il me fut impossible d'aller jusqu'à lui. Par une petite surface il tenait en arrière et, d'autre part, la tumeur ne s'arrêtait qu'à l'orifice cardiaque. Après avoir clivé en arrière et non sans beaucoup de peine, j'arrivai enfin à pédiculiser tout l'estomac entre les doigts de la main gauche, à placer deux pinces et à sectionner l'œsophage. A ce moment l'estomac ne tenait plus que par les vaisseaux courts. Je les avais coupés, supprimant ainsi l'attache splénique, quand j'aperçus une forte hémorragie

dans le flanc gauche. Je vis alors que le pédicule vasculaire de la rate s'était déchiré en un point; le temps pressait; je mis un champ et j'enlevai la rate. J'avais alors sous les yeux une vaste cavité très nette, bien exposée, sans recoin, dans laquelle j'essayai vainement d'attirer l'œsophage; je le libérai au doigt dans l'orifice diaphragmatique, mais il était à la limite de traction. D'autre part, il n'avait nul revêtement péritonéal, je ne pouvais songer à le suturer à l'anse jéjunale que j'avais attirée en arrière du colon.

Je fis alors une double boutonnière intestinale et, avec une pince cheminant dans l'intestin, j'allai saisir l'œsophage et l'attirai dans la lumière intestinale; je le fixai là par quelques points de catgut; mais, peu confiant dans mes sutures, je fistulisai l'intestin à la peau pour pouvoir alimenter l'opéré par une jéjunostomie. Puis j'exclus toute cette zone à l'aide du còlon et de l'épiploon et je tamponnai lâchement la cavité.

Les suites opératoires furent d'abord très simples. Le malade fut alimenté par lavements et par sa fistule jéjunale. Les sutures œsophagiennes n'avaient pas tenu et, au bout de quarante-huit heures, tous les aliments liquides déglutis coulaient dans l'ancien lit gastrique, soigneusement exclu du pèritoine par des compresses. Malgré celà, il n'y eut aucune réaction péritonéale, aucune élévation thermique.

Au dixième jour, le malade, qui avait un appétit féroce et qui s'était déjà levé plusieurs fois dans la nuit pour chercher à boire et à manger, était en parfait bon état.

Commençant à croire à sa guérison, je songeais à lui fistuliser l'œsophage au cou pour éviter le flux des sécrétions salivaires et œsophagiennes, puis à lui enlever tout l'œsophage thoracique suivant la méthode de Sencert, quand il prit la langue sèche, sa température monta à 38°5, et il mourut en trente-quatre heures au dix-septième jour.

A l'autopsie, nous trouvâmes la plaie en bon état, commençant à se combler; il n'y avait aucun signe d'infection, ni trace de métastases, les deux poumons étaient congestionnés. Il est probable que cet homme, très affaibli, n'avait pu résister à une infection pulmonaire malheureusement à peu près fatale. Il n'y avait du reste pas grand regret à avoir, car, comme vous

le verrez sur les pièces que voici : l'estomac tout entier du pylore au cardia, les deux orifices y compris, est envahi par une infiltration cantonnée qui ne respecte que la grande courbure.

Avec de telles lésions, la survie n'aurait guère été de longue durée.

OBSERVATION VII

(Leriche. — *Lyon Médical*, 1911.)

Hernie épigastrique double datant de l'enfance. Troubles digestifs rattachés à la hernie. Cure radicale avec vérification de l'estomac conduisant à une pylorectomie.

Une femme de 52 ans vint me voir dernièrement au Bureau de Bienfaisance, pour des troubles digestifs croissants qu'elle rattachait à une hernie épigastrique.

A l'âge de 8 ans, à l'occasion d'un effort, elle s'était fait une hernie ; celle-ci était restée longtemps indolore ; il y a deux ans, une nouvelle hernie apparut à côté de l'autre, et, peu à peu, se montraient des troubles digestifs croissants, qu'elle calma longtemps par des applications de compresses chaudes. Depuis plusieurs semaines, elle vomissait de temps en temps, presque tout de suite après l'ingestion alimentaire ; cela la fatiguait tellement qu'elle était arrivée à ne plus rien manger pour ne plus vomir. L'état général était du reste demeuré bon, et cette femme donnait plus l'impression d'une névropathe grossissant ses sensations que d'une sténose du pylore.

A l'examen on ne trouvait rien d'autre qu'une hernie bilobée de la ligne blanche et un estomac un peu dilaté.

Le 12 novembre, dans le service de M. Poncet, je laparotomisai cette femme. Après avoir isolé ses deux lipomes, j'ouvris le péritoine et attirai l'estomac. Il portait à un travers de doigt du pylore une cicatrice froncée ratatinant l'épiploon et épaississant l'estomac. Ne sachant à quoi j'avais affaire, je pratiquai une pylorectomie suivie de gastro-entérostomie postérieure, au

bouton de Jaboulay. Les suites en sont jusqu'à présent apyrétiques et l'alimentation normale a été reprise depuis trois ou quatre jours (nous sommes au onzième jour).

La pièce a été examinée histologiquement par M. Alamar-tine, qui trouve de l'ulcération de la muqueuse et une infiltration du muscle gastrique par des cellules inflammatoires, sans oser se prononcer sur le diagnostic étiologique précis.

OBSERVATION VIII

(Berchoud, de Lyon. — *In* Thèse d'Ertaud.)

Hernie épigastrique coexistant avec un cancer de l'estomac.

G..., 72 ans, habitant une commune voisine de Lyon, vint me consulter le 26 avril 1909, parce qu'il avait toussé et qu'il souffre depuis un mois de douleurs abdominales.

Il prétend, du reste, que ces sensations douloureuses du côté du ventre doivent provenir uniquement des secousses de toux.

Examen. — 1° Etat général. — Sujet amaigri et sénile ; cependant guère plus que cela ne se voit à cet âge. Il aurait, toutefois, maigri de six kilos depuis quelques semaines. Pas de fièvre.

2° Appareil respiratoire. — Nombreux râles de bronchite banale chez un vieillard. En somme, signes de catarrhe et d'emphysème, avec peut-être légère poussée de bronchite récente. Pas de dyspnée.

3° Cœur et appareil urinaire. — Un peu de sclérose cardio-aortique et rénale avec traces d'albumine.

4° Tube digestif. — Les douleurs abdominales auraient apparu il y a environ un mois, Anorexie et constipation habituelle. On ne perçoit aucune tumeur à travers la paroi abdominale, aucun point particulièrement sensible. Rien au toucher rectal. A signaler seulement, sur la ligne médiane, un rebord aponévrotique, limitant un orifice où l'on sent, au moment de la toux et des efforts, de petites masses probablement épiploïques, qui glissent sous le doigt. Le diagnostic posé

est alors : ancienne hernie épiploïque de la ligne blanche devenue douloureuse à cause de la toux plus fréquente depuis quelque temps.

Les troubles digestifs sont regardés comme dépendant d'une mauvaise hygiène alimentaire, et surtout de l'alcoolisme avoué. Enfin, à signaler un tremblement assez marqué des membres supérieurs, dû à l'âge et aggravé par la tare alcoolique.

Traitement. — Opération à envisager pour plus tard à cause de la bronchite actuelle. Au reste, le pronostic de l'intervention chirurgicale est regardé comme sérieux. Bandage compressif avec pelote concave, régime doux, laxatifs, pas de purgatifs.

Après deux examens faits à quelques jours d'intervalle, le malade part à la campagne et n'est plus revu.

Mais j'ai appris de source certaine qu'il était mort au mois de septembre 1909, avec tous les symptômes de dégénérescence cancéreuse de l'estomac.

OBSERVATION IX

(Lejars, rapportée par Kirmisson. — *Bull. Acad. Méd.*, 1913.)

Il s'agit d'un homme de 36 ans, présentant des accidents douloureux gastriques assez précis. On fit la cure radicale d'une hernie épigastrique du volume d'une noix. D'abord il y eut une amélioration marquée, mais bientôt les douleurs reparurent. Une laparotomie ne révéla aucune tumeur gastrique, mais seulement des adhérences autour du pylore et une tête pancréatique volumineuse.

Les adhérences furent dissociées et l'indication d'une gastro-entérostomie ne parut pas se présenter. Ce malade, bien qu'un peu amélioré, continue à souffrir, et le dernier mot de son histoire n'est pas encore dit. Toujours est-il que chez lui la hernie épigastrique coexistait avec une lésion profonde, pancréatico-gastrique, et que les accidents initiaux étaient assez imprécis pour qu'on ait pu les rapporter à l'existence de la hernie.

OBSERVATION X

(Ury. — *Medizinische Klinik*, 1909.)

Hernie épigastrique coexistant avec un ulcère de l'estomac.

Il s'agit d'un employé des Postes de Charlottenburg, âgé de 38 ans. Il était malade depuis dix ans. Il eut tout d'abord des aigreurs et des brûlures d'estomac fréquentes, qui devinrent de plus en plus fortes. A cause de celà, il fut opéré il y a deux ans d'une hernie supra-ombilicale à l'hôpital de l'Ouest.

La cicatrice est encore visible ; à droite s'est formée une petite récidive insignifiante.

Pendant six semaines après son opération, le malade alla mieux, puis les douleurs d'estomac réapparurent, survenant tantôt immédiatement, tantôt une heure après les repas. En septembre 1908 il eut des vomissements presque quotidiens et, à la fin de septembre, des hématomés pour lesquelles il vint me trouver.

Après administration de bismuth, les douleurs diminuent peu à peu et il n'y a plus de sang dans les selles.

Amaigrissement de dix kilos. Au commencement de janvier 1909, douleurs dans la région stomacale, calmées par des emplâtres.

Maintenant le malade va bien.

Donc, dans ce cas encore, on a mis longtemps les douleurs sur le compte de la hernie, alors que selon toute vraisemblance elles relevaient d'un ulcère de l'estomac.

OBSERVATION XI

(Ury. — *Medizinische Klinik*, 1909.)

Coexistence de hernie épigastrique et d'ulcère de l'estomac.

Ouvrier de 56 ans, porteur de quatre hernies, savoir : une supra-ombilicale, une ombilicale, un petit lipôme préperitonéal de l'épaisseur d'un haricot, au-dessus du « processus ensiforme », et une petite hernie inguinale droite. La hernie supra-ombilicale, située un peu au-dessus de l'ombilic, a le volume d'une grosse noix ; c'est la plus importante.

Cette hernie est actuellement irréductible, et subit pendant les efforts de toux des impulsions accompagnées de douleurs vives. On y constate un phénomène très analogue au frémissement hydatique.

L'observation se résume ainsi. Depuis la Pentecôte, alors qu'il travaillait au percement d'un tunnel, le malade ressent de fréquentes douleurs pendant son travail, siégeant un peu au-dessus de l'ombilic. Bientôt, surviennent des douleurs après les repas et des vomissements fréquents. Le malade est alors soigné, en septembre, dans une clinique de maladies d'estomac, par le repos au lit et des applications de compresses chaudes, mais sans succès.

A la fin de décembre il a dû avoir des coliques très violentes, avec vomissements. On lui donne un lavement; il va à la selle mais la région supra-ombilicale est très tendue. Comme les indispositions et les douleurs reviennent toujours, le malade m'est envoyé avec le diagnostic : coliques intestinales.

A l'examen je constate alors une forte tension de la hernie supra-ombilicale. Le cathétérisme de l'estomac donne un liquide brunâtre très riche en sang et en acide. Après repos au lit, diète lactée et administration de bismuth, les douleurs diminuent peu à peu : les selles ne contiennent positivement plus de sang, et le malade peut supporter sans douleurs une nourriture plus abondante.

Ainsi, dans ce cas, on a vu pendant très longtemps que la hernie était la cause essentielle et indubitable des douleurs, alors que le malade avait, en outre, un ulcère de l'estomac.

OBSERVATION XII

(Poisson et Lanoue. — *Gaz. Méd. de Nantes*, 1909.)

Hernie épigastrique douloureuse coexistant avec un ulcère de l'estomac. Mort par perforation de l'ulcère.

L..., marchand forain, âgé de 50 ans, entaché d'alcoolisme invétéré et habituel. Il y a trois ans, il aurait présenté des phénomènes de gastrite éthylique : pituites matutinales, pyro-

sis, vomissements alimentaires, nullement influencées d'ailleurs par les repas. Jamais il n'a eu d'hématémèse ni de mœlena.

Dès cette époque, il est mis au régime lacté et il affirme qu'il ne s'en est pas départi un seul jour.

En février 1908, il vint à l'Hôtel-Dieu, où on le soigne pendant quinze jours pour dyspepsie. Depuis sa sortie, il souffre beaucoup moins grâce à la médication qu'il suit, simultanément mixture chlorhydrique et paquets de saturation. Mais, il y a quelques mois, sont apparues des douleurs à point de départ au niveau de l'épigastre. Au moment de ses crises, L... se courbe en deux, comme si le relâchement de sa paroi abdominale le soulageait. C'est pour ces douleurs qu'il rentre salle C. A l'examen on constate, à peu près à égale distance de l'ombilic et de l'appendice xyphoïde, une hernie de la ligne blanche, réductible. Au moment des crises douloureuses, cette hernie devient irréductible. L... ne vomit plus, il n'a plus de mœlena. On ne trouve pas de symptômes de tumeur gastrique, ni de signes de la série tabétique. Le régime alimentaire ordinaire, auquel on le soumet, semble lui réussir.

L... est envoyé salle 7, où M. le Docteur Poisson, aidé de M. le Docteur Favreul, lui fait une cure radicale de hernie épigastrique le 3 novembre. Le sac ne contenait qu'un peu d'épiploon qui est rentré. Une alerte chloroformique empêche d'explorer l'estomac, comme il avait été décidé avant l'intervention.

Les suites opératoires sont normales pendant les deux premiers jours, puis le malade a des vomissements noirâtres, certainement hématiques ; bientôt apparaissent des selles goudronnées. Pendant ce temps, la température oscille autour de 36° (axillaire), le pouls est élevé à 120. On propose à L... une nouvelle intervention qu'il refuse. On tente, le quatrième jour, un lavage d'estomac, mais le tube ne reste pas et le malade rejette une pleine cuvette de liquide noirâtre. Le septième jour, l'état général s'est amélioré. Température 36°, pouls 90, facies meilleur. Il semble que le malade va guérir.

Le lendemain matin, les vomissements reprennent et deviennent bientôt fécaloïdes. Le malade meurt dans la soirée.

A l'autopsie, la suture est bien étanche et n'a pris aucun

organe. On arrive immédiatement sur un estomac dilaté. On va à la recherche du pylore, en déprimant la paroi stomacale antérieure ; immédiatement, un flot de liquide noirâtre, mêlé de débris alimentaires, envahit la cavité péritonéale. On constate que l'ampoule pylorique est adhérente par sa face supérieure à la face inférieure du lobe gauche du foie. C'est en rompant ces adhérences que l'on a donné issue au contenu stomacal. Tout autour, on constate une zone de péri-hépatite intense.

A l'examen de la face interne de l'estomac, on se trouve en présence d'un ulcère rond, de la grandeur d'une pièce de deux francs. A son niveau il n'y a plus trace de paroi. Le péritoine lui-même est détruit.

Les bords de la lésion, taillés à pic, noirâtres, ne sont pas indurés. Il n'y a pas trace d'induration, pas de ganglions dans les régions voisines.

Le reste de l'autopsie ne révèle rien d'anormal.

L... semble donc avoir succombé à un ulcère stomacal perforé. La hernie épigastrique n'était qu'un épiphénomène.

OBSERVATION XIII

(Cade. — *Lyon Médical*, 1908.)

Hernie épigastrique et ulcère du duodénum. Mort par ouverture de l'artère splénique au niveau de l'ulcère.

Un vieillard de 73 ans, hospitalisé depuis dix ans à l'Hospice du Perron, présente depuis l'âge de 20 ans une double hernie, inguinale et épigastrique. Depuis longtemps ce sujet éprouve des troubles dyspeptiques, et se plaint surtout de phénomènes douloureux à localisation épigastrique et rapportés naturellement à la hernie qui occupe cette région.

Cet état reste stationnaire pendant une longue période, avec des alternatives d'aggravation et de rémission. Il y a un an, survint brusquement, sans prodromes, une hématomérose abondante, mais solitaire et de courte durée. Tout revient ensuite en ordre, et seuls les troubles digestifs et les douleurs épigastriques inquiètent encore le malade.

Dans les premiers jours de février, le malade commence à perdre ses forces et à maigrir. Deux ordres de symptômes dominant alors la scène: d'abord des vomissements fréquents, noirâtres, marc de café, et ensuite des crises douloureuses violentes, siégeant à l'épigastre et obligeant le malade à s'aliter temporairement.

Le 19 février, il est transporté à l'infirmierie et soumis à notre examen. Nous constatons l'existence d'une hernie épigastrique sonore et réductible. Aucun autre signe objectif notable.

L'état général est encore bon. L'existence d'hématémèses antécédentes ne permet pas d'attribuer tous les troubles dyspeptiques actuels à la hernie épigastrique et nous oblige à admettre l'existence d'un processus ulcératif. L'examen du malade et son histoire, en dépit de son âge, ne sont point favorables à l'hypothèse d'un cancer gastrique.

Le lendemain, 20 février, le malade vomit un demi-litre de sang rutilant, et dans la soirée du même jour se produit une nouvelle hématomèse beaucoup plus abondante (un litre et demi environ) en dépit du traitement classique le plus rigoureux. Alors apparaissent des signes d'anémie grave et, le 22 février, après de nouveaux vomissements de sang, le malade succombe.

A l'autopsie nous avons trouvé un ulcère siégeant sur la première portion du duodénum, adjacent même au pylore, comme on peut s'en rendre compte aisément. Cet ulcère occupe la partie inférieure du premier segment duodénal, c'est-à-dire la portion immédiatement en rapport avec la tête du pancréas. Cet ulcère conique et très excavé offre une surface lisse et régulière. Il présente dans sa profondeur deux orifices artériels admettant une sonde cannelée. Le cathétérisme d'un de ces orifices, assez aisément praticable, nous conduit dans l'artère splénique : celle-ci est complètement sectionnée par le processus ulcératif.

L'estomac est rempli de caillots, sa muqueuse offre quelques ecchymoses. Dans la lumière de l'intestin se trouve du sang sur un assez long parcours.

Nous n'insisterons pas sur l'état de tous les viscères de ce sujet, état qui est du reste sans intérêt et sans rapport avec son

histoire clinique. Nous nous contenterons de présenter le sac de sa hernie épigastrique de la ligne blanche. Ce sac était inhabité à l'autopsie, et l'on n'a trouvé sur la surface extérieure de l'estomac aucune trace d'une stricture plus ou moins ancienne.

OBSERVATION XIV

(Bérard et Colombet. — *Lyon Médical*, 1911.)

Hernie épigastrique. Cure radicale. Persistance des douleurs. Gastro-entérostomie pour ulcère amène la guérison complète.

Il s'agit d'un malade, L... J... Antoine, âgé de 54 ans, mineur à Sourceieu-sur-l'Abresle, et qui fut admis, le 11 janvier 1910, à la salle Saint-Louis, pour une tumeur épigastrique.

Il n'y a rien d'intéressant à signaler dans ses antécédents. Il eut simplement la fièvre typhoïde pendant son service militaire.

Le début de sa maladie remonte à l'année 1908 et fut caractérisé par des douleurs épigastriques qui attirèrent son attention et lui firent découvrir, au-dessous de l'appendice xyphoïde, une petite tumeur, qui peu à peu augmenta de volume.

Les troubles fonctionnels prédominèrent nettement dans cette première phase de la maladie. Les douleurs s'accompagnaient d'irradiation dans l'hypochondre gauche et l'hypogastre. Elles devinrent bientôt plus vives, et dans les derniers mois de 1909 ne furent calmées que par le repos au lit ; tout travail un peu pénible ou la station debout un peu prolongée exacerbait cette douleur.

Les troubles gastriques, peu importants, se manifestèrent par des digestions un peu pénibles, un peu de pesanteur, une légère constipation.

Le malade n'a pas de vomissements alimentaires ou sanguinolents à cette époque.

En novembre 1909, il y eut une brusque aggravation de son état général ; il maigrit, perd l'appétit ; aussi, sur les conseils du Docteur Bernard, il entre à l'Hôtel-Dieu.

Examiné à son entrée, ce malade présentait une petite tumeur, du volume d'une noix, à contours un peu flous, située dans la région de l'épigastre, immédiatement au-dessous de l'appendice xyphoïde, mais indépendante du sternum.

Cette tumeur est un peu modifiée par l'effort, la toux, la station debout; elle était absolument irréductible et la palpation très douloureuse. On fait le diagnostic d'hernie épigastrique. Le malade ayant un bon état général, et ne présentant qu'un peu d'emphysème pulmonaire, est opéré le 12 janvier 1910.

On fait une incision sus-ombilicale médiane, et l'on trouve une tumeur grasseuse, assez peu vasculaire, mais riche en filets nerveux. Il y a un petit cul-de-sac péritonéal sous-jacent. On ligature le pédicule de cette masse multilobée et très irrégulière. On pratique l'excision.

Dix jours après, la plaie chirurgicale était cicatrisée et le malade partait en convalescence.

En réalité, l'opération n'apporta dans la suite aucun soulagement à ce malade qui continua à souffrir et à maigrir.

Le syndrome gastrique, à peine accusé au début de l'affection, prit une importance énorme, et se caractérisa par les phénomènes suivants : douleurs gastriques survenant après le repas, parfois aiguës, sans irradiations, et ne disparaissant qu'à l'apparition de vomissements alimentaires et acides, survenant tous les deux jours environ.

Les vomissements toujours alimentaires ou bilieux ne furent jamais sanguinolents.

Le malade présente une constipation habituelle entrecoupée de temps à autre par des crises diarrhéiques.

Les selles furent souvent noirâtres, couleur marc de café.

L'amaigrissement devint extrême, trois kilos en trois mois. L'affaiblissement général mit ce malade dans l'impossibilité totale de travailler. Il se présenta de nouveau dans le service de M. Bérard, le 15 octobre 1910. On lui trouve un estomac dilaté jusqu'à l'ombilic.

Il y a du clapotage gastrique à jeun.

La pression sur l'épigastre est douloureuse. On ne peut provoquer ni onde péristaltique, ni phénomène de tension intermittente.

Le foie est un peu gros mais le malade ne présente ni adénopathie suspecte, ni signes de cachexie. L'examen radioscopique fait par M. Destot montre simplement que le côlon est déplacé et se trouve au-dessus du foie.

Le 31 octobre on intervint : on fait une laparotomie exploratrice qui fait découvrir un ulcère de la petite courbure de l'estomac.

Cet ulcère est déjà ancien et s'est entouré d'une zone de périgastrite adhérente à la face inférieure du foie.

M. Bérard fait une gastro-entéro-anastomose postérieure et transmésocolique à la soie.

Les suites opératoires furent excellentes. Au huitième jour, le malade, qui était un emphysémateux, présenta des signes de congestion pulmonaire, mais son état ne donna pas d'inquiétude. Au dixième jour, la plaie chirurgicale était cicatrisée. Les douleurs et les vomissements alimentaires avaient disparu. Le malade reprenait appétit. Il ne présentait plus que quelques régurgitations acides intestinales, dues à un éthylisme ancien.

L'examen radioscopique, après ingestion d'une bouillie bismuthée, pratiquée hier, a mis en évidence le bon fonctionnement de la bouche artificielle.

Le malade part du service considérablement amélioré.

OBSERVATION XV

(Ertaud. — *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir. de Paris*, 1914.)

H..., 65 ans, était porteur, depuis l'âge de 15 ans, d'une petite hernie épigastrique, facilement réductible, indolente, sauf quelques coliques vagues survenant de temps en temps.

Le 22 octobre 1913, à neuf heures du soir, ce malade fut pris brusquement d'une douleur abdominale atroce en même temps que sa hernie devenait irréductible. La douleur était si violente que le malade tenta de se suicider en se coupant la gorge et se fit une plaie de la trachée. C'est alors qu'il fut transporté à l'hôpital.

M. Ertaud, appelé auprès de lui neuf heures après le début des accidents, le trouva pâle, exsangue, très affaibli par l'hémorragie qui s'était produite au niveau de la plaie cervicale et qui était d'ailleurs arrêtée, avec un pouls à 120, mal frappé.

Examinant la région abdominale il trouva à trois centimètres au-dessus de l'ombilic une petite hernie grosse comme une noix, douloureuse, dure et irréductible; tout autour d'elle le ventre était contracturé et douloureux à la palpation. Le malade n'avait pas vomi.

Devant ces constatations et malgré le petit volume de la hernie, M. Ertaud fit le diagnostic d'étranglement et décida d'intervenir immédiatement. Sous anesthésie locale à la novocaïne-adréraline, il découvrit et isola le sac et débrida l'anneau fibreux : il n'y avait pas d'étranglement, mais il s'écoulait du ventre un liquide bouillon sale, à odeur alcoolique (le malade avait bu un grog peu de temps auparavant). M. Ertaud fit alors donner du chloroforme et ouvrit le ventre par une laparotomie sus-ombilicale.

L'estomac, haut situé et caché sous le rebord costal, était difficilement accessible. On put cependant explorer à la main sa face antérieure et reconnaître sous le lobe gauche du foie, au voisinage du cardia, une plaque indurée, large comme une paume de main ; en plaçant des écarteurs, il fut possible de voir au milieu de cette plaque, à 2 ou 3 centimètres de la petite courbure, une perforation à l'emporte-pièce mesurant 2 ou 3 millimètres de diamètre. La situation élevée de cette perforation, l'impossibilité d'abaisser l'estomac fixé au niveau du cardia rendaient singulièrement difficile la suture. D'ailleurs l'état menaçant du malade, dont la plaie cervicale s'était remise à saigner, obligeait à terminer rapidement l'opération. M. Ertaud se contenta donc de placer deux drains au contact de la perforation et de refermer la plaie abdominale par suture en un seul plan.

Le lendemain il fut recueilli des renseignements plus précis sur les antécédents de cet homme, et on put reconstituer chez lui l'histoire typique d'une lésion ulcéreuse de l'estomac. Depuis trois ou quatre ans, en effet, le malade ressentait après les repas des douleurs épigastriques qui s'irradiaient vers les reins, les épaules, et qui se prolongeaient pendant une heure

environ ; depuis deux ans ces douleurs avaient augmenté et pris le caractère de douleur en broche, et il s'y était ajouté des vomissements alimentaires et des hémorragies sous forme d'hématémèses ou de mœlena.

Tous les troubles s'étaient aggravés dans les jours qui précédèrent la perforation et, le jour même de celle-ci, le malade vomit son dîner et eut une crise douloureuse particulièrement violente ; la perforation s'était produite au moment de l'ingestion d'une cuillerée de potion.

Malgré l'état fort grave du malade pendant l'opération, celle-ci fut fort bien supportée. Les drains furent enlevés le quatrième jour ; le sixième jour il y eut une petite fistule gastrique qui se ferma spontanément au bout de quinze jours. Mais l'alimentation reste difficile, il y a des signes de sténose gastrique et M. Ertaud juge que l'avenir de son opéré est sombre.

M. Ertaud se demande si, dans ce cas particulier, il avait affaire à un ulcère ou à un cancer. Il penche plutôt vers la seconde hypothèse, croyant avoir senti des ganglions indurés pendant son opération.

OBSERVATION XVI

(Thèse de Lautier.)

J. P..., 51 ans, cultivateur à Fleurance (Gers). Entre à l'hôpital le 19 mars 1919, pour des phénomènes douloureux siégeant au niveau du creux épigastrique.

Histoire de la maladie. — L'époque du début est difficile à préciser. Depuis quelques mois, le malade ressent des douleurs diffuses, à point de départ épigastrique, s'irradiant à la paroi abdominale et sans caractères bien nets. Ces douleurs présentent des périodes d'exacerbation et d'accalmie, sans aucun rapport avec l'ingestion des aliments ou de la digestion. Celle-ci s'effectue d'ailleurs normalement et l'appétit est à peine diminué.

Ces malaises allant en augmentant et les crises douloureuses étant de plus en plus fréquentes, le malade se décide à venir à l'hôpital.

Antécédents. — Ils ne présentent aucune particularité digne d'être signalée. Sa santé a toujours été robuste jusqu'à ces derniers temps. Rien qui attire l'attention du côté des ascendants et des collatéraux.

Examen. — On se trouve en présence d'un homme dont l'état général est à peu près conservé. A peine peut-on constater un léger amaigrissement, sans décoloration de la peau et des muqueuses. Le malade n'a constaté lui-même qu'une faible déperdition de ses forces. Jamais de fièvre; pas de phénomènes généraux traduisant une intoxication de l'organisme.

Du côté de l'appareil digestif, la symptomatologie est réduite au minimum; l'appétit est un peu diminué, mais le malade n'a jamais ni vomissements alimentaires, ni hématemèses, ni mœlena.

L'inspection de la région épigastrique ne révèle aucune tumeur. A la palpation, on trouve sur la ligne médiane, à quelques centimètres au-dessus de l'ombilic, une petite tuméfaction du volume d'une noix, de consistance molle, réductible. Une fois la réduction obtenue, l'extrémité du doigt s'engage à travers un petit orifice de la ligne blanche nettement délimité par un bord tranchant. Quand le malade tousse, on perçoit une sensation de choc au milieu de cet orifice, on sent sous le doigt qui explore comme un ébranlement vibratoire.

La pression est légèrement douloureuse au niveau du creux épigastrique; l'exploration profonde ne révèle la présence d'aucune induration, d'aucune tumeur intra-abdominale.

L'examen des autres organes est négatif. En raison du caractère des phénomènes observés, où domine franchement l'élément douleur, en raison de la conservation à peu près complète de l'état général du malade, on porte le diagnostic de hernie épigastrique et on explique les troubles fonctionnels soit par la compression ou l'irritation des filets nerveux, soit par une hernie possible de l'estomac. Après avoir envisagé la possibilité de la coexistence d'une lésion gastrique avec la hernie, on écarte toute idée de néoplasme ou d'ulcère de l'estomac, à cause de l'absence de signes gastriques marqués.

Opération. — Laparotomie médiane sus-ombilicale. Incision de dix centimètres. On trouve un petit lipôme précédant un sac de hernie épigastrique contenant un fragment d'épiploon. Le lipôme pré-herniaire est extirpé, le péritoine formant le sac est réséqué en même temps que le fragment d'épiploon hernié.

Au moment où l'on débride le pourtour fibreux de l'anneau, on s'aperçoit, à ce moment-là seulement, que la paroi antérieure de l'estomac est en partie transformée en un vaste placard induré, largement étalé et n'empiétant pas sur les courbures.

Les ganglions de la grande courbure sont volumineux et durs.

On avait donc affaire à un néoplasme de l'estomac s'accompagnant d'une hernie épigastrique.

Etant donné l'étendue de la lésion, toute intervention gastrique est rejetée.

Cure radicale de la hernie épigastrique. Fermeture de la paroi. La plaie opératoire guérit rapidement *per primam* et le malade quitte l'hôpital le 11 avril.

OBSERVATION XVII

(Mandl. — *Archiv. für Klinische Chirurgie*, 1921.)

K..., 40 ans, manœuvre. Souffre depuis huit mois de l'estomac. Les douleurs commencent une demi-heure à trois quarts d'heure après le repas, s'irradient vers les côtes, et durent environ une heure. Le patient vomit rarement; il prétend avoir eu une hématomèse.

L'examen montre, à 4 centimètres au-dessus de l'ombilic, une tumeur du volume d'un pois, très sensible à la pression. Le suc gastrique est hyperacide, la radiographie normale.

L'opération donne un lipôme propéritonéal; l'exploration de l'estomac ne montre rien d'anormal.

Deux ans après, le malade fut revu; il n'avait pas de récive locale. En ce qui concerne les troubles subjectifs, ils avaient disparu pendant une année après l'opération; mais,

en 1914, ils reprirent comme avant l'opération ; ils continuèrent depuis lors et toujours plus violents au début du printemps qu'en hiver. Le patient vomit aussi plus souvent.

La radiographie montre un estomac long et situé à gauche avec un rétrécissement en sablier à la partie moyenne. Le traitement médical n'a pas donné d'amélioration et il refuse l'opération.

OBSERVATION XVIII

(Mandl. — *Archiv. für Klinische Chirurgie*, 1921.)

Marie B..., employée d'usine. La patiente fut opérée en 1913 d'une *hernie de la ligne blanche* sus-ombilicale dans une autre clinique.

Après un temps d'amélioration les malaises reparurent, plus importants qu'avant l'opération. Ils consistaient en renvois, pesanteur d'estomac, pyrosis et vomissements.

La radiographie montre un rétrécissement en sablier avec niche : *ulcère pénétrant*.

L'opération put confirmer la radiographie et on trouva un ulcère pénétrant de la petite courbure. La hernie n'avait pas été opérée radicalement, l'épiploon adhérent fut délivré de ses adhérences.

La première opération ayant été faite dans une autre clinique, on ne peut savoir si l'estomac et l'intestin avaient été vérifiés à ce moment.

CONCLUSIONS

I. — La fréquence des troubles d'estomac dans les hernies épigastriques, reconnue de tous, depuis longtemps a été interprétée de différentes façons. Certains ont pensé que ces troubles sont sous la dépendance de la hernie seule ; la cure radicale est donc pour eux le traitement logique et il faut reconnaître que, dans un certain nombre de cas, cette cure radicale suffit à amener la guérison.

II. — Mais, à côté de ces faits bien connus, nous avons voulu insister sur ceux où les troubles gastriques sont vraiment le fait d'une lésion de l'estomac qui coïncide avec la hernie. Toutes les observations que nous rapportons en sont la démonstration.

III. — La conséquence est, qu'en présence d'une hernie épigastrique avec symptômes gastro-intestinaux, il faut suspecter une lésion gastrique sous-jacente et pratiquer au moment de la cure radicale une laparotomie sus-ombilicale qui, sans danger, sera toujours utile pour vérifier l'intégrité de l'estomac et indispensable pour en traiter les lésions si elles existent.

VU, BON A IMPRIMER :

Le Président,

P. BÉGOUIN.

VU :

Le Doyen,

C. SIGALAS.

VU, ET PERMIS D'IMPRIMER :

Bordeaux, le 22 Mars 1928.

Le Recteur de l'Académie,

F. DUMAS.

BIBLIOGRAPHIE

- AGOSTINELLI. — Laparotomia per ernia epigastrica. (*Raccogliotoni med.*, Torli, 1888.)
- BARTHÉLEMY. — Pathogénie et anatomie pathologique des hernies épigastriques. (*Lyon Chirurgical*, 1920.)
- BÉRARD et COTTE. — Sur la nature des troubles digestifs dans les hernies épigastriques. (*Lyon Médical*, 1913.)
- BERGER. — Traité de chirurgie DUPLAY et RECLUS, tome VIII.
- CAPELLE. — Résultats éloignés des opérations pour hernie épigastrique. (Analyse par LECÈNE. — In *Journal de Chirurgie*, 1909.)
- CARBONI. — Ernia epigastrica dolorosa sintomatica di affezioni gastriche. (*Pensiere medico*, Milano, 1914.)
- CHASTENET DE GÉRY. — La hernie épigastrique douloureuse. (*Gazette des Hôpitaux*, 1914.)
- COLOMBET. — Relations entre les hernies épigastriques et les lésions possibles des organes sous-jacents. (*Lyon Médical*, 1911.)
- GUINET. — De la nature des troubles digestifs dans les hernies épigastriques. (Thèse de Lyon, 1911-12.)
- DANON. — Remarks on epigastric hernia, with particular reference to its coexistence with gastric ulcer and cancer. (*International Clin.*, Philadelphia, 1923.)
- DELBET. — Hernie épigastrique. (*Revue Générale de Clinique et de Thérapeutique*, Paris, 1913.)
- DEUMIÉ. — Contribution à l'étude de la pathogénie des hernies épigastriques. (Thèse de Lyon, 1913-14.)

- DUNAN. — Sur la hernie épigastrique douloureuse symptomatique de néoplasme abdominal. (Thèse de Bordeaux, 1913-14.)
- ERTAUD. — Contribution à l'étude de la hernie épigastrique. Sa coexistence possible avec l'ulcère et le cancer de l'estomac. (Thèse de Paris, 1912-13.)
- Pseudo-étranglement d'une hernie épigastrique symptomatique d'une perforation de l'estomac. (*Bull. et Mém. de la Soc. de Chir. de Paris.* — Rapport par LENORMANT, 1914.)
- EVELY. — Hernies épigastriques et troubles digestifs. (*Polyclinique*, Bruxelles, 1913.)
- FRIEDENWALD et MORRISON. — Epigastric hernia; a consideration of its importance in the diagnosis of gastrointestinal disease. (*J. Am. M. Ass.*, Chicago, 1926.)
- GALLO. — Hernias epigastricas dolorosas, su coexistencia posible con la ulcera y cancer del estomago. (*Semana Medica*, Buenos-Ayres, 1914.)
- GARENGEOT. — Mémoire sur plusieurs hernies singulières. (*Mém. de l'Ac. Royale de Chir.*, 1743.)
- GUSSENBAUER. — Uber hernia epigastrica. (*Wien Med. Woch.*, 1884.)
- LAUTIER. — Hernie épigastrique et cancer de l'estomac. (Thèse de Bordeaux, 1918-19.)
- LEBŒUF. — Contribution à l'étude de la hernie épigastrique et son traitement. (Thèse de Paris, 1896-97.)
- LEMIERRE. — Hernie épigastrique et dyspepsie. (Thèse de Paris, 1905-06.)
- LE PAGE. — Les résultats éloignés de la cure radicale des hernies épigastriques. (Thèse de Paris, 1887-88.)
- LERICHE. — De la nature des troubles digestifs qui surviennent au cours des hernies épigastriques. (*Lyon Médical*, 1911.)
- LERICHE et BIGUOT. — Coexistence de hernie épigastrique et d'ulcère de l'estomac. (*Lyon Médical*, 1914.)

- LEWISHON. — The importance of a thorough exploration of the intraabdominal organs in operations for epigastric hernia. (*Surg. Gynec. and Obst.*, Chicago, 1921.)
- Mac GLANNAN. — Epigastric hernia with symptoms of pyloric obstruction. (*Annales of Medicine*, 1920.)
- MANDL. — Die Hernien der Linea alba and ihre Beziehung zu den ulcerozen Prozessen des Magens and Duodenum. (*Arch. fur Klin. Chirurgie*, Berlin, 1921.)
- MARTEL. — Deux cas de hernie épigastrique contenant une partie du ligament rond du foie. (*Loire Médicate*, Saint-Etienne, 1913.)
- MATHIEU. — A propos de la valeur séméiologique de la hernie épigastrique douloureuse. (*Quinzaine Thérapeutique*, 1913.)
- MELCHIOR. — Die Hernia epigastrica and ihre Klinische Bedeutung. (*Berliner Klin. Wochenschr.*, 1920.)
- MICHELEAU. — La hernie épigastrique. (*Gazette Hebd. des Sc. Méd. de Bordeaux*, 1919.)
- MOSCHCOWITZ. — The pathogenesis and treatment of herniae of the linea alba. (*Surg. Gyn. and Obst.*, Chicago, 1914.)
- NÆGELI. — Die hernia epigastrica und das properitoneale. Lipoms der Linea alba in ihrer Bedeutung bei abdominalen Schmerzen und Storungen. (*Zintrabl. f. Chirurgie.*, Leipzig, 1920.)
- PHILLIPS. — Epigastric hernia, its importance in the diagnosis of obscure abdominal conditions. (*Cleveland Med. Journal*, 1913.)
- PIPELET. — *Mémoires de l'Académie Royale de Chirurgie*, 1744.
- POISSON. — Note sur la coexistence de la hernie épigastrique avec l'ulcère et le cancer de l'estomac. (Rapport par KIRMISSON. — *Bull. de l'Acad. de Méd.*, Paris, 1913.)
- POISSON et LANOUE. — Hernie épigastrique et ulcère de l'estomac. (*Gazette Médicale de Nantes*, 1909.)
- SMIDT. — Über die pathologischen Beziehungen zwischen den ulcerosen Prozessen am Magen and Duodenum und epigastrischen Hernien. (*Arch. f. Klin. Chirurgie*, Berlin, 1922.)

- TÉMOIN. — Contribution à l'étude des hernies de la ligne blanche. (*Archives provinciales de Chirurgie*, 1902.)
- THIRIAR. — La hernie épigastrique. (*Clinique*, Bruxelles, 1913.)
- TRIPPIER et PAVIOT. — Rôle de la péritonite sous-hépatique dans la pathogénie des hernies abdominales. (*Semaine Médicale*, 1909.)
- URY. — Coexistence de hernie épigastrique et d'ulcère de l'estomac. (*Medizinische Klinik*, 1909.)
- VALLOT. — Les hernies épigastriques. (Thèse Lyon, 1906-07.)
- VILLARD. — Pathogénie des hernies épigastriques. (*Lyon Médical*, 1912.)
-

